Oesterreichische medicinische Wochenschrift.

(Ergänzungsblatt der medicin. Jahrbücher des k. k. österr. Staates.)

Herausgeber: Dr. J. N. Ritter v. Raimann. — Hauptredacteur: Dr. A. Edler v. Rosas.

No. 15. **Wien, den 11. April.** **1846.**

1.
Original-Mittheilungen.

Einige Worte und Wünsche, die Trunksüchtigen mehrerer Humanitätsanstalten betreffend.

Von Dr. Carl Spurzheim, prov. Primararzte der k. k. Irrenanstalt zu Ybbs.

Als die Nordamericanischen Mässigkeitsvereine ins Leben traten, war es natürlich auch eine ihrer Arbeiten, die Grösse und den Umfang des Übels, das sie bekämpfen sollten, kennen zu lernen, und da zeigten die geschehenen Nachforschungen die furchtbare Wahrscheinlichkeit, dass die Unmässigkeit im Genusse geistiger Getränke, vorzugsweise des Branntweins, an vier Fünftel der begangenen Verbrechen, an wenigstens drei Viertel der entstandenen Verarmungen und an einem Drittel der Geisteszerrüttungen Schuld war. Es ist bekannt genug, dass die Trunksucht die Opfer, deren sie sich einmal bemächtigt hat, selten loslässt, sondern selbe fortjagt auf ihren schmutzigen Wegen, ohne sie recht zu Athem kommen zu lassen. Von diesen Wegen aber führen drei, nur zu oft betretene, zum Verbrechen, zur Armuth, zur Krankheit, welche letztere entweder den Körper allein, oder mit ihm auch den Geist zerrüttet, und so würde es fortgehen, bis dahin, wo sich doch alle Wege vereinigen müssen, bis zum Tode, wenn nicht der vernünftigere Mensch, theils um die Gejagten selbst, theils aber auch, um die Mitwelt gegen weiteres Unheil zu schützen, drei hemmende Werke entgegen gestellt hätte: das Straf-, das Armen-, das Irrenhaus.

Wenn nun die Bevölkerung jeder dieser drei Anstalten, so verschieden sie auch ist, so schuldbelastet oder schuldlos sie in der nie gewünschten Stätte anlangt, doch immer auch solche Individuen enthält, welche die Trunksucht allein, oder in Verbindung mit andern ursächlichen Momenten, endlich dahin geführt, so kann eine nähere Erforschung dieses Übels in den genannten Anstalten nicht ganz fruchtlos sein. Konnten denn die Eingangs erwähnten Nachforschungen ein so zurückschreckendes Resultat erweisen, wenn das Übel unter dem Volke der Nordamericanischen Staaten nicht einen so ungewöhnlich hohen Grad erreicht hatte? — Und können wir nicht füglich annehmen, dass, je mehr oder weniger in unseren Straf-, Versorgungs- und Irrenanstalten Individuen gefunden werden, die der Trunksucht verfallen waren, desto stärker oder schwächer diese moralische Epidemie auch bei uns zu finden ist? — Weil gleich im Nachstehenden bloss die beschränkten Daten erscheinen, welche eine einzige Irrenanstalt und eine einzige Armenanstalt zu liefern im Stande waren, wenn auch da noch Manches vermisst wird, was sich gerade nicht erheben

liess, so schadet dieses wohl nicht viel. Es ist darum zwar nothwendig, die gefundenen Verhältnisse für nicht genau anzunehmen, und überhaupt in den davon abzuziehenden Schlüssen behutsam zu sein; allein das Gefundene bleibt immer eine Thatsache, die sich nicht wegläugnen lässt und jedenfalls zum weiteren Nachdenken Veranlassung geben muss.

Unter den 233 männlichen Irrsinnigen, welche in der Irrenanstalt zu Ybbs vom 1. April 1842 bis Ende 1845 verpflegt wurden, zählt man nicht weniger als 68 Individuen, bei denen ein höherer oder minderer Grad von Trunksucht in den vorliegenden Krankheitsgeschichten ausdrücklich angemerkt ist. Die Mehrzahl derselben waren Branntweintrinker. Unter den 289 weiblichen Geisteskranken sind nur 10, als früher der Trunksucht ergeben, aufgezeichnet. Ebenso fanden sich unter den zu Ende Mai 1844 in der Versorgungsanstalt zu Ybbs befindlichen 280 Pfründnern 72, und unter den um eben diese Zeit daselbst untergebrachten 187 Pfründnerinnen 19 Trunksüchtige höheren oder geringeren Grades. Von den 72 Männern enthielten sich nur 14 des Branntweintrinkens, 18 fanden jedes geistige Getränk willkommen und 40 suchten, wenigstens in den letzteren Jahren, ausschliesslich nur Branntwein.

Will man nun das Verhältniss der trunksüchtigen Individuen zu den übrigen haben, so ergibt sich solches, wie folgt: bei den männlichen Irren 29:100 oder etwas weniger als $^1/_3$, bei den weiblichen etwas mehr als 3:100 oder $^1/_{30}$, im Ganzen beinahe 15:100 oder etwas mehr als $^1/_7$; ferners bei den Pfründnern 26:100 oder etwas mehr als $^1/_4$, bei den Pfründnerinnen 10:100 oder $^1/_{10}$, im Ganzen also beinahe 20:100 oder $^1/_5$.

Mögen auch genauere und umfassendere Untersuchungen etwas günstigere oder ungünstigere Verhältnisse zeigen, die Zahlen bleiben für uns immer gross genug, um einen Fehler, der in jedem einzelnen Falle so grosses Unheil anrichtet, nicht gering zu schätzen. Die Trunksucht allein ist es wohl nicht, welcher in allen Fällen, wo sie erscheint, das ganze Unglück zuzuschreiben ist, zum Entstehen des Irrsinnes wirken ja fast immer mehrere Ursachen zusammen, welche oft eine aus der andern kommend, sich gegenseitig unterstützen und verstärken, und nur selten dürfte eine veranlassende Ursache so gross, so überwiegend sein, dass man mit gutem Gewissen sie allein beschuldigen könnte; dessenungeachtet kann die Trunksucht nie gleichgültig betrachtet werden. Ein Fehler, ein Laster, muss ich sagen, das für sich allein den Säuferwahnsinn zu Stande bringt, ist überall, wo und in welcher Verbindung es auch vorkommt, ein mächtiger und wirksamer Feind, und spielt nirgends eine untergeordnete Rolle. Eben so und noch mehr gilt dies bei der Verarmung durch Trunksucht, und es wäre überflüssig, sich darüber noch in mehr Worte auszudehnen. Wer übrigens Lust hat, sich auch ausser den Irren- und Armenanstalten um Menschen umzusehen, welche sich zum unmässigen Genusse geistiger Getränke hinneigen, oder demselben schon verfallen sind, dürfte wohl keine so schwere Arbeit haben, wenn er nur einige Aufmerksamkeit darauf verwendet. Den ersten Fingerzeig gibt auch hier schon die Jugend und die Erziehung, welche dieser nicht selten zu Theil wird. Für wie viele Erwachsene aber ist der Genuss geistiger Getränke nicht nur das höchste, ich möchte fast sagen, das einzige Vergnügen! Wie oft gelten die geistigen Getränke als wahre Universalmittel gegen alle psychischen und physischen Leiden! Wie oft wird das Vertragen einer grössern Quantität solcher Getränke zur Ehrensache gemacht, und das nicht etwa bloss in den untersten Ständen!

Wenn schon in Städten und auf dem Lande bei einer Unzahl von Gebräuchen, Festen und Feierlichkeiten, ja selbst bei den traurigsten Anlässen das Trinken fast zur Hauptsache wird, wie oft, oder besser gesagt, wie selten werden dabei die rechten Schranken beobachtet! Man gehe nur eine grössere Anzahl von Familien durch — aber ohne Auswahl — und zähle die Fälle zusammen, wo, wenn das Urtheil auch nicht entschieden ungünstig ausfällt, es doch wenigstens heisst: »guter Mensch" (natürlich im gewöhnlichen Sinne), »kein ungeschickter Kopf," »kein schlechter Arbeiter," »aber trinkt," und man weiss, dass das nicht »den Durst löschen" heisst. Wen immer sein Wirkungskreis mit vielen Menschen bekannt macht, dem kann es an solchen Reminiscenzen nicht fehlen, und auch die Anzahl muss ihm bedeutend erscheinen, er müsste sie denn durch den Gedanken beschönigen wollen, dass sie auch noch grösser sein könnte.

Es wird wohl keinen nüchternen Menschen geben, welcher nicht der Ansicht wäre, dass man das besprochene Übel überall, wo man es findet, bekämpfen, unterdrücken, und wo man es zu fürchten hat, abwehren, verhüten

müsse. Aehnliche Wünsche hört man ja bisweilen von den ärgsten Säufern, freilich Wünsche nach einem Glücke, wie solches in Träumen erscheint, Sonnenblicke, welche sie hinter dichten Nebeln durchschimmern sehen! Doch wo der Trunkene träumt, muss der Nüchterne sehen, wo jener etwas thun möchte, muss dieser handeln.

Was nun draussen im bürgerlichen Leben zur Verminderung der Trunksucht zu thun sei, was bessere Erziehung, vernünftigere Ansichten u. s. w., was Mässigkeitsvereine zu leisten im Stande seien, alles das gehört nicht in die Zeilen dieses Aufsatzes; denn hauptsächlich soll doch nur von Irren- und Armenanstalten die Rede sein, und so wollen wir uns wieder zu diesen wenden.

Wenig ist in dieser Beziehung über Irrenanstalten zu sagen. Die Eigenthümlichkeiten der hier zur Behandlung kommenden Individuen überhaupt bedingen schon eine sorgfältigere Beaufsichtigung; die Nothwendigkeit, alle Leidenschaften so viel möglich in Schranken zu halten, jedem Hange, der zu störenden Excessen führt, entgegen zu arbeiten, ist hierzu sehr in die Augen springend, um lange ungewürdigt zu bleiben, und desshalb wird die Übung des Lasters der Trunksucht selbst in jenen Irrenanstalten verhütet, in welchen übrigens die Humanität noch viele ihrer sehnlichsten Wünsche unbefriedigt findet. Es kann von der Irrenanstalt nicht verlangt werden, die physische und moralische Anlage jedes ihr anvertrauten Säufers gänzlich zu ändern und so sein Übel von Grund aus zu heben; aber die Verhinderung jener Ausübung kann und muss geleistet werden. Traurig genug, dass diess oft der einzig erreichbare Erfolg ist, und dass man dadurch Individuen kennen lernt, welche nur so lange vernünftig sind, als sie eben in Irrenanstalten sich befinden *).

Schlimmer, weit schlimmer steht es in dieser Hinsicht um die Versorgungsanstalten. Ich rede hier nicht von den Armenhäusern kleiner Landgemeinden, denen es, wäre Einsicht und Willen auch noch so gut, endlich überall an den Mitteln fehlt, um etwas Vollständigeres zu erreichen; sondern von jenen Anstalten, die hinreichende Fonde, eine in allen Theilen geregelte Administration, ein eigenes ärztliches Personale besitzen, kurz durch alles das in Stand gesetzt sind, in jedem Einzelnen das Vorzüglichste zu leisten. Dass es selbst unter diesen letzteren Anstalten noch mehr als Eine gibt, wo der unmässige Genuss geistiger Getränke mit unbegreiflicher Gleichgültigkeit geduldet, wo ihm jedenfalls viel zu kraftlos entgegengearbeitet wird, wo trunkene Schreier Ruhe und Ordnung stören und fast täglich Menschen, die das Alter auf die eine und die Unmässigkeit auf die andere Seite wirft, zum erbaulichen Schaustück dienen, davon habe ich mich überzeugt, eben so wie ich hinlänglich überzeugt bin, dass es anders sein könnte und sollte.

*) Ich kenne Säufer, welche 5 — 8mal und noch öfter der Irrenanstalt übergeben werden mussten, da sie jedesmal in der Anstalt ziemlich schnell ein vernünftiges Betragen äusserten; aber aus dieser entlassen, noch schneller sich wieder ihrer frühern Unmässigkeit ergaben und in die frühere Krankheit verfielen.

Ich glaube nicht, dass ein Sachkundiger an der Möglichkeit im Ernste zweifeln wird. Bekommen denn die Irrenanstalten nicht eben so arge Säufer als die Armenanstalten? Und was in den erstern möglich ist, welche nebenbei noch viele andere durch die Geisteskrankheit gebotene Rücksichten zu nehmen haben, das sollte nicht um so einfacher in den letztern erreicht werden können? In der That, wenn eine Anstalt, in der es nur darauf ankommt, eine von Vernunft und Sachkenntniss dictirte Disciplin zu halten, und welcher durch diese und noch andere Mittel der directe Einfluss auf ihre Pfleglinge geboten ist, bei Bekämpfung eines Fehlers vor einigen Schwierigkeiten zurückzutreten genöthigt wäre, was liesse sich für dessen Besserung in der übrigen menschlichen Gesellschaft, in der grossen Volksmasse hoffen? —

Theils um die eben geäusserten Worte vor der Auslegung zu bewahren, als sollten sie die gedachten Anstalten eines gänzlichen Mangels an Disciplin beschuldigen, hauptsächlich aber, um auf das practisch Nützliche zu kommen, sollen nunmehr nur einige Puncte erwähnt werden, welche bisher in manchen Anstalten entweder gar nicht oder viel zu wenig gewürdiget wurden.

(Schluss folgt.)

Zur Anatomie des Musculus latissimus dorsi.

Von Dr. Carl Langer, Prosector an der Wiener Universität.

An der Basis der Achselhöhle ist von Wardrop, Rosenmüller, Kelch und Meckel eine mit dem *M. latissimus dorsi* zusammen-

hängende Muskelvarietät beobachtet worden, die Meckel in seiner Anatomie des menschlichen Körpers II. p. 402 folgender Massen schildert:

„Nicht ganz selten, ungefähr in dem Verhältnisse wie 1:30 geht vom obern Theile des breiten Rückenmuskels vor dem Hakenarmmuskel ein fleischiges oder sehniges Bündel zur hintern Fläche der Sehne des grossen Brustmuskels, an welche es sich anheftet, — eine eigenthümliche Anordnung, durch welche die Armgefässe und Nerven leicht zusammengedrückt werden etc., die beim Maulwurf und den Vögeln regelmässig vorkommt.“

»Ein ähnlicher Fortsatz geht bisweilen, aber seltener, zum Hakenfortsatze des Schulterblattes, wo er sich mit dem obern Ende des Hakenarmmuskels verbindet.“

Malgaigne, Theile und Arnold erwähnen gleichfalls dieser Anomalie.

Die Angabe Wardrops, dass durch die Anordnung dieses Muskelfascikels die Armgefässe und Nerven leicht zusammengedrückt werden können, bewog mich, dieses Verhältniss näher zu untersuchen, um so mehr, als über die genauen anatomischen Verhältnisse, wie auch über die Entwicklung dieser interessanten Anomalie keine Details vorliegen. Wiederholte Präparation der Basis der Achselhöhle und der mit ihr im Zusammenhange stehenden Muskeln führten mich auf den stufenweisen Entwicklungsgang, wie auch auf den anatomischen Grund dieser Muskelvarietät.

Bekanntlich bezieht der *Latissimus dorsi* aus 2facher Quelle seine Ursprungsfasern; seine grössere Fleischmasse von der *Fascia lumbo-dorsalis*, die kleinere von den 4 untern Rippen. Diese gerade aufsteigenden Muskelfasern umgreifen die ganze Masse der schief und quer verlaufenden und legen sich an den obern, der Achselhöhle zugewendeten Rand der breiten Sehne an. — Diess die Norm. — Übrigens nicht immer gelangt die Rippenportion dahin, ja sehr häufig schliesst sich dieselbe gar nicht oder nur mit einzelnen Fascikeln an dieselbe an, und der Rest oder alle aberriren zur Achselgrube und gehen mit dem fibrös-zelligen Überzuge dieser Gegend eine innige, doch vielfach variirende Verbindung ein. — Doch früher einige Worte über die Anordnung der fibrösen Membran der Achselgrube.

Nach entferntem subcutanen Zellgewebe traf ich in der Achselgrube eine feste fibröse Haut, eine wahre Aponeurose, die die Achselhöhle nach unten verschliesst: sie ist gegen die Thoraxwand zu

stellenweise von kleinen durchtretenden Gefässen durchbohrt. Diese *Aponeurosis axillaris* kommt von der *Fascia coraco-clavicularis* und der Thoraxwand unter dem *Pectoralis major*, umkleidet den *Pectoralis minor*, schlägt sich über die Achselgrube zur innern Seite des *Latissimus dorsi* und befestigt sich am äussern Rande der Scapula, wo sie mit den Fascien des Schulterblattes, *infraspinata et subscapularis* verschmilzt, nachdem sie für den *Teres major* eine Scheide gebildet. An der Insertion des *Pectoralis minor* übergeht sie unmittelbar in die *Fascia brachialis*, und müsste, wenn sie längs dem äussern Schulterblattrande fortschritte, die Achselhöhle vollkommen abschliesen und den für die Extremität bestimmten Gefässen und Nerven den Weg versperren. Um diesen den Durchtritt zu gestatten, springt sie von dem Schulterblattrande ab zu der quer gelagerten Sehne des *Latissimus dorsi*, und mit einzelnen, deutlich nachweisbaren Fasern über deren vordere Fläche weggehend, schliesst sie sich an die *Fascia brachialis*. Sie übergeht sonach an der Gränze der Achselgrube mit 2 Schenkeln in die *Fascia brachialis*; der eine dieser Schenkel, der vordere, zieht hinter dem *Pectoralis major* vor den Achselgefässen und Nerven zum vordern Umfange des Oberarms; der hintere Schenkel aber hinter diesen über die Sehne des *Latissimus dorsi* zur hintern innern Gegend des Oberarms herab. Es entsteht desshalb ein beide Schenkel verbindender sichelförmiger Bogen, dessen Concavität dem Arme zusieht und unter welchem die Gefässe und Nerven ungehindert aus der Achselhöhle zum Arme ihren Weg finden. — Dieser Bogen ist der scharf ausgeschnittene Rand, das Ende der *Aponeurosis axillaris*, und er möge der Achselbogen heissen. Unter ihm geht der *N. cutaneus* und die *thoracici secundi* zur innern Gegend des Oberarmes herab. Diesem Halbringe ist ein zweiter zugewendet, der seine Concavität der Achsel zukehrt und dessen Schenkel mit denen des Achselbogens verschmelzen; er ist der ausgeschweifte Rand, der Beginn der *Fascia brachialis*, — ich will ihn den Armbogen nennen.

An der Gränze der Achsel und des Oberarms, an der Insertion der Sehne des *Latissimus dorsi*, befindet sich demnach zwischen den beiden mit ihr verschmelzenden Bögen eine Grube, eine Öffnung in der aponeurotischen Hülle dieser Gegend, durch welche man längs der Gefässe und Nerven unter dem Achselbogen in die Achselhöhle, andererseits

unter dem Armbogen, dem Beginn der *Fascia brachialis*, zu dem Oberame gelangen kann. Die Basis dieser Grube bildet die Sehne des Latissimus, über die hinweg die Gefässe und Nerven ziehen; sie sind da bloss von Zellstoff bedeckt. — Die beiden Bögen sind bei Bewegungen der Extremität in ihrer Lagerung stabil, doch ändern sie ihre Richtung zum *Latissimus dorsi*, da bei herabhängenden Armen die beiden Schenkel des Achselbogens in die Wirkungslinie des Latissimus fallen, während bei aufgehobenem Arme der Achselbogen dem Latissimus seine Convexität zukehrt.

Die *Aponeurosis axillaris* ist nicht an allen Puncten ihres Verlaufes gleich stark, vielmehr ist sie gegen die Thoraxwand viel feiner, doch mit deutlich fibrösem Gefüge, am stärksten ist sie nach aussen, wo sie an dem festen Achselbogen scharf abgeschnitten endiget und mittelst ihrer Schenkel in die *Fascia brachialis* übergeht. Die *Fascia axillaris* ist sonach der Beginn der Aponeurose der ganzen Extremität, und wird in ihrer Continuität, nur durch die Bildung der beschriebenen, wegen der queren Lagerung des *Latissimus dorsi* entstandenen Grube unterbrochen. Ich möchte sagen, der Latissimus durchbohre, um zu dem Knochen zu gelangen, die Aponeurose, indess der *Pectoralis major* im Ansatze mit ihr verschmelze. Es scheint, dass die Lagerung der Gefässe dieses differente Verhalten beider Muskeln bedinge. — Die Clavicula, der *Proc. coracoideus*, die Thoraxwand im Niveau des *Pectoralis minor* und die Fascien des Schulterblattes sind demnach die Ursprünge der Extremitäts-Fascia; der *Pectoralis major, Latissimus dorsi* und *Deltoideus* daher ober ihr gelegen, und bloss von der *Fascia superficialis* überkleidet. Die gleich zu beschreibenden abweichenden Muskelfascikeln des *Latissimus dorsi* und des *Pectoralis major* liegen oberhalb der *Fascia axillaris* und *brachialis*, was doch nicht sein könnte, wenn die *Fascia brachialis* über den *Deltoideus* und *Pectoralis major* zöge.

Diess vorausgesendet, übergehe ich nun zum eigentlichen Gegenstande dieser Skizze, dem *Latissimus dorsi*.

Wie bereits erwähnt, legt sich ein Theil der Rippenportion des *Latissimus dorsi* oder alle von den Rippen entspringende Fascikeln dieses Muskels nicht an die gemeinschaftliche Sehne

an, sondern übergehen in die eben beschriebene, die Basis der Achselhöhle verschliessende Aponeurose, und vereinigen sich mit dem Rande derselben, dem Achselbogen. — So vielfältig die Varietäten des *Latissimus dorsi* und der Nachbarmuskeln in dieser Gegend sein können, so sind sie doch Alle dem Wesen nach gleich und nur dem Grade ihrer Ausbildung nach verschieden. Der anatomische Grund aller dieser Anomalien ist die Aberration der Rippenportion des *Latissimus dorsi.*

Die einfachste Form dieser Varietäten ist 1. folgende (ich beobachtete sie nur einmal bei einem kräftigen jungen Manne): der von der 9. Rippe kommende Fascikel ging parallel der Fleischmasse des Muskels, doch isolirt, zur Achsel empor, und befestigte sich an der Achselfascie in der Nähe der Sehne des Latissimus, doch ohne den Achselbogen zu erreichen.

In andern Fällen erreicht dieser Fascikel den Achselbogen an seinem hintern Schenkel, dicht anliegend an die Sehne des Latissimus.

Auch zwei Rippenfascikel können sich von dem Muskelkörper loslösen und längs des Randes des Achselbogens anheften, so dass dieser zur Hälfte (an seinem hintern Schenkel) musculös eingesäumt erscheint. In diesen Fällen der Aberration der Rippenportion in die Achselaponeurose erscheint der stark sehnig entwickelte Achselbogen als Sehne dieses Muskelfascikels; und wird nun der Latissimus aus seiner Lage gehoben und die Aponeurose abpräparirt, so geht vom Latissimus ein Sehnenbündel hinter den Ansatz des *Pectoralis major*, und es scheint, als ob der Latissimus in 2 Schenkel gespalten an den Oberarm sich befestige, von denen einer, der stärkere (normale) hinter den Gefässen und Nerven, der andere, der schwächere, vor denselben hinginge. Denkt man sich nun in diesem Zustande den Latissimus wirkend, so dringt sich wohl die Idee auf, es könnten die zwischen den beiden parallel gehenden, nun gespannten Portionen des Latissimus durchtretenden Gefässe und Nerven eingeklemmt werden. Lässt man jedoch die Muskeln und die Aponeurose in ihrer natürlichen Lage, so ergibt sich vielmehr das Gegentheil: der Achselbogen wird von den Gefässen abgehoben. — Ich werde gleich näher darauf eingehen.

(Schluss folgt.)

2.

Auszüge aus in- und ausländischen Zeitschriften und fremden Werken.

A. Pathologische Anatomie.

Entwicklung quer gestreifter Muskelfasern in Pseudomembranen. Von Dr. Balser. — Th. Pigné legte der Gesellschaft deutscher Ärzte in Paris eine Reihe von Pseudomembranen vor, darunter eine auf der innern Fläche der Rippenpleura aufsitzend, $^1/_2$—3''' dick, die stellenweise eine blass röthliche, stellenweise eine dunkelröthere Färbung zeigte, und an einigen, besonders den dickern Stellen mit blossen Augen rothe Fibern und Fibrillen unterscheiden liess, die auf das täuschendste Muskelfasern ähnlich und durch ein etwas blässeres und zarteres Gewebe von einander getrennt waren. B. untersuchte ein Stück bei 3—400facher Vergrösserung. Er fand bei der ersten Untersuchung eine Menge in die Länge gezogener, der Längenrichtung nach aneinander gereihter Zellen. Die einzelnen Zellenreihen waren durch leicht gewundene, theilweise verästelte, sehr blasse, normalen Zell- oder elastischen Fasern ähnliche Fäden getrennt. Die Zellen, schwach gelblich gefärbt, liessen nur noch hie und da Spuren des Kernes oder der Kernkörperchen wahrnehmen; alle zeigten mehr oder minder deutlich eine sehr blasse Längsfaserung, einige freier liegende leichte Andeutungen von Querstreifung. Die äussere Begränzung der Zellen stellte meist eine gerade Linie dar; an einigen zeigte der etwas unregelmässige Rand Hervorragungen und Vertiefungen; je zwei an einander stossende Zellen waren meist in gerader, zuweilen in sehr stumpfwinkliger Richtung an einander gereiht. — Nach Schwann's, Henle's und Valentin's Angaben hielt B. diese Zellen für in der Entwicklung begriffene Muskelfasern. Spätere Untersuchungen lösten jeden Zweifel. B. fand an anderen Stellen des nämlichen Präparates vollständig entwickelte, animalische Muskelfasern, als schwach gelblich gefärbte, bald mehr der Länge nach, bald vorzugsweise der Quere nach gestreifte Bündel, die an einigen Stellen durch deutlicher ausgesprochene Längsfasern sich in neuere kleinere Bündel zu zertheilen schienen. Die Breite der Bündel war von der normaler Primitiv-Bündel nicht verschieden. Der Verlauf der Bündel war meist gerade, seltener wellenförmig, noch seltener zeigte er Andeutungen von Zickzackbiegung. An einigen Stellen, wo weder die Längen- noch Querstreifung deutlich ausgeprägt war, bemerkte man zahlreiche, meist völlig runde Zellenkerne. (*Henle's und Pfeufer's Zeitschrift für rationelle Medicin. IV. Bd. 1. Heft.*)

Blodig.

Pathologisch-anatomischer Beitrag zu den angebornen Krankheiten des Darmcanales. Von Dr. Küttner. — Ein vor 2 Tagen geborner Knabe hatte nach einem bald nach der Geburt beigebrachten Clystiere nur ein dünnes, wurmähnliches Schleimgerinnsel entleert; spätere Clystiere wurden sogleich mit Gewalt zurückgepresst. Am Abende des ersten Lebenstages trat Erbrechen von Kindspech ein, und wiederholte sich fortwährend unter Entleerung einer gleichartig grünlich gefärbten, dünnen Flüssigkeit. Am Ende des zweiten Tages verweigerte das Kind die Brust, man flösste ihm etwas Arrow Rootabkochung ein. — Die Untersuchung zeigte den Bauch stark aufgetrieben, anscheinend nicht schmerzhaft. Der Finger konnte durch den After bis über das Promontorium vordringen, wurde jedoch hier von dem anscheinend kegelförmig sich verengenden Mastdarme gleichsam zusammengeschnürt. Eine neben dem Finger eingeschobene, dünne, elastische Bougie liess sich dagegen bis auf mehr denn 5'' mit ziemlicher Leichtigkeit emporführen. Weder Finger noch Sonde zeigten eine Spur von Darmcontentum. — An eine Operation war nicht zu denken, und das Kind starb noch vor Ende des vierten Tages unter Convulsionen. — Bei der Section fand man den Dünndarm mehr nach rechts gelagert, in seinen durchscheinenden Häuten mit lebhaft gerötheten Gefässverästlungen dicht durchwebt, reichlich von Gas ausgedehnt und in seinem Durchmesser dem eines Erwachsenen wenigstens gleich. Er hing in der rechten Leistengegend fast einen Zoll lang mittelst eines dünnen, gerötheten, membranartigen Zellgewebes locker mit der Bauchwand zusammen, und schloss kurz darauf, sich gegen die Mittelbauchgegend zurückwendend, mit einem blinden abgerundeten Ende, das etwa der Gränze des Leerdarmes entsprach. Seitlich dieser Stelle war äusserlich am Darme und Gekröse eine kirschengrosse, rundliche, abgeplattete, in Farbe und Consistenz der Leber ähnliche, doch gleichsam gelappte Masse angeheftet, die zerschnitten aus mehreren erbsengrossen, eitersackartigen Höhlen mit breiartigem, gelbbräunlichem Inhalte bestand. — Ungefähr eine Linie von jenem blinden Ende des stark erweiterten Leerdarmes fing der Darm im Durchmesser eines grossen Regenwurmes von neuem an, um nach einer Längenausdehnung von 3'' wieder blind zu endigen, im Zwischenraume von einer Linie in gleicher Weise und Länge sich fortzusetzen, sich dann zum dritten Male zu schliessen, und nun mehr mit einem 5'' langen, federkieldicken Stücke zu endigen. Diese 3 durch den nicht unterbrochenen Bauchfellüberzug an einander gereihten Darmstücke des Ileum waren ihrer geringen Lichtung entsprechend mit kle-

brigem, hellgrünen Kindspeche angefüllt. In der Entfernung von 1/2″ von dem Ende des letzten dieser Theile begann ziemlich in der Nabelgegend der Dickdarm mit einem gehörig langen Wurmfortsatze, von dem aus das Colon in natürlicher Lage, gänsekieldick und ohne Inhalt bis zur Mastdarmöffnung sich fortsetzte.

Aus diesem Befunde vermuthet K., dass schon ziemlich frühzeitig während des Fötuslebens eine Bauchfellentzündung Statt gefunden habe, die filamentöse Ausschwitzungen bedingte, durch letztere die einzelnen Partien abschnürte, und später organisch völlig von einander trennte, so dass nur die Bauchfellverbindung übrig blieb. — v. Ammon hält, laut einer Nachschrift zu diesem Aufsatze K.'s, den Fall für einen angebornen Fehler des Darmcanales, und zwar theils durch ein Stehenbleiben auf einer früheren Entwicklungsstufe, theils durch eine pathologische Richtung veranlasst. (*v. Walther's u. v. Ammon's Journal für Chirurgie und Augenheilkunde. V. Bd. 1. St.*)

Blodig.

B. Chirurgie.

Fall eines aus der Speiseröhre eines Kindes entfernten Fingerhutes, 14 Wochen nachdem er verschluckt worden war. Von H. Terry Esq. — Den 13. Sept. v. J. wurde in das Northampton Spital ein anderthalbjähriges Kind gebracht, dessen Mutter aussagte, dass das Kind vor 14 Wochen einen Fingerhut verschluckt habe. Man hatte ärztliche Hülfe vergebens in Anspruch genommen. Das Kind war unruhig und unwohl, und da es bedeutend abzumagern anfing, fürchtete man einen unglücklichen Ausgang. Bei Besichtigung des Rachens zeigte sich starke Röthe desselben und etwas Anschwellung. Dadurch veranlasst, untersuchte Verf. die harte und geschwollene Partie, und fand bald die Kante eines fremden Körpers an der hintern Nasenöffnung. Es ward klar, dass der Fingerhut sich noch daselbst befinde, und mit Hülfe einer Zange entfernte ihn Verfasser leicht in Gegenwart mehrerer Ärzte und Schüler. Das Kind wurde später wieder ins Spital gebracht, und befand sich vollkommen wohl. (*Prov. Medic. et Surgic. Journal. V. II. Nr. 49.*)

Pissling.

Fall von Verrenkung der Wirbelsäule. Von W. H. Colborne. — G. Th., Bauer, 22—23 Jahre alt, kräftig gebaut, früher stets gesund, gab folgenden Bericht über seine gegenwärtige Krankheit. Den 23. October 1845 wurde er, auf einer hohen Leiter stehend, plötzlich von Schwindel ergriffen, und stürzte auf den Boden herab. Er verlor jedoch das Bewusstsein nicht, und ging, wenn auch sehr erschüttert, nach Hause. Tags darauf aber, kurz nachdem er sein Bett verlassen, befiel ihn auf der Stiege abermals ein Schwindel, und er stürzte wieder auf die Erde. Bewusstlos wurde er aufgehoben und blieb es eine Zeitlang; als er das Bewusstsein wieder bekam, fand er, dass er Gefühl und Bewegung der unteren Extremitäten verloren habe. Ein herbeigerufener Arzt sandte ihn am 27. ins Spital.

Status praesens. Vollkommene Fühllosigkeit aller unterhalb der Schlüsselbeine gelegenen Theile. Die Beweglichkeit der unteren Extremitäten ist gänzlich verschwunden; in den oberen Extremitäten ist dieselbe zwar vorhanden, aber bedeutend verringert, fast aufgehoben; über Schmerz klagte Pat. nicht, wohl aber über Übelbefinden und Taubheit der Glieder. Das Athmen war ein reines Zwerchfellathmen, nicht die leiseste Bewegung der Rippen war zu bemerken; das Sprechen leise, beim Ausathmen sehr schwer. Die Blase sehr ausgedehnt, ohne dass Pat. etwas davon fühlte, oder das Bedürfniss hatte, Wasser abzuschlagen. Die Hauttemperatur natürlich, keine Fiebererscheinungen da. — Der Harn wurde mit dem Catheter entleert, und Pillen von Creosot und Castoröl 4stündlich und 40 Minim. *Tr. opii* mit 40 Granen *Ammoniak pura* jede sechste Stunde gegeben. — Den 28. Beim Kitzeln der Fusssohlen trat Zucken in den Schenkelmuskeln auf, es entstand Erection und Ejaculation von Sperma, sonst änderte sich nichts im Befinden des Kranken. — Den 29. Leichter Meteorismus — Urinverhaltung, sonst der Zustand unverändert. — Den 30. trat am Morgen Fieberaufregung ein; der Puls wurde hart und häufig, die Zunge belegt, etwas Lichtscheu und allgemeines Unwohlsein. — Es wurden 12 Unzen Blut gelassen, dennoch wurde Pat. übler, der Athem ward schwer und am Abende folgte der Tod. Die Herzthätigkeit dauerte noch 5 Min. nach dem Aufhören aller Respirationsbewegungen fort, und in sehr kurzer Zeit wurde die Haut missfärbig und fleckig.

Sectionsbefund 24 Stunden nach dem Tode. Nacken und Schultern, obgleich die Leiche auf dem Gesichte lag, mit Todtenflecken besetzt. Der 6. Halswirbel war nach vorn verrenkt, da der Knorpel an seiner unteren Fläche losgerissen war; das vordere und hintere gemeinschaftliche Band, so wie die *Ligam. flava* waren zerrissen, die Spitze des rechten unteren Gelenksfortsatzes und die Spitze des rechten Querfortsatzes des 7. Wirbels waren gebrochen, das Rückenmark ganz und unverletzt, aber fest an den Körper des 7. und den Bogen des 6. Halswirbels angedrückt, an seiner Oberfläche eine leichte Bluteffusion. Die Lungen, Nieren und das Gehirn waren von Blut überfüllt, sonst gesund. Die Blase war ausgedehnt, ihre Schleimhaut blass und erweicht. (*Provinc. Medic. et Surgic. Journal. Vol. 2. Nr. 50.*)

Pissling.

Verletzung des N. medianus bei einem Aderlass. Von Senna. — Eine blondhaarige, nervöse Dame liess sich im sechsten Monate ihrer dritten Schwangerschaft aus Gewohnheit einen Aderlass machen. Der bei Eröffnung der Vene sehr bedeutende Schmerz steigerte sich immer mehr, endlich traten tetanische Erscheinungen mit plötzlichem Aufschreien und gänzlicher Schlaflosigkeit ein. Der von der Wunde ausgehende Schmerz ergriff bald die correspondirende Schultergegend, und reichte über die Wirbelsäule bis an den Ellbogenbug des anderen Armes. Man

setzte zu wiederholten Malen in der Gegend der Stichwunde Blutegel, und reichte Nervina ohne Erfolg. Verf., am 3. Tage gerufen und von dem Geschehenen unterrichtet, entschloss sich, den *N. medianus* bloszulegen. Vor der Durchschneidung des N. wollte er noch den *Sp. terebinth.* versuchen, die Kranke wies jedoch jedes stark riechende Mittel zurück. Er begnügte sich daher damit, auf den blosgelegten *N. medianus* einen mit rectificirtem Alcohol getränkten Charpiepfropf zu bringen, worauf die Krämpfe sogleich aufhörten und die Schmerzen schwanden. Die Wunde wurde nun einfach verbunden, und das Wohlbefinden dauerte fort bis zum 6. Tage, allwo die Kranke über pulsirende Schmerzen in der Armbeuge beider Seiten klagte. An den genannten Stellen bildeten sich zwei Abscesse, nach deren Öffnung jede Beschwerde schwand. (*Gazzetta medica di Milano, Annales de la Chirurgie française et étrangère.* **1845**. *Octobre.*)

Blodig.

C. Ophthalmiatrik.

Eigenthümlicher Bildungsfehler der Iris. Von **Heyfelder**. — Ein Arbeiter im botanischen Garten zu Erlangen hat im linken Auge eine eigenthümliche, das Sehvermögen nicht beeinträchtigende Bildungshemmung. Die Iris ist am äusseren Rande vom Ciliarringe drei Linien weit abgetrennt; dabei gehen vom Rande der Iris noch zwei dünne Schenkel an den Ciliarring, so dass gleichsam drei Abtheilungen oder Fensterchen dadurch gebildet werden. (*Vierteljahrsschrift v.* **Roser** *und* **Wunderlich**. *V. Jahrgang.* **1846**. *1. Hft.*)

Blodig.

Über Ptosis des obern Augenlides und ihre Behandlung. Von **Bérard**. — Nach B. hängt der fragliche Zustand von einer heftigen Zusammenziehung des *M. orbicularis*, oder einer Anschwellung des Zellgewebes, Erschlaffung der Augenlidhaut, oder endlich von einer Lähmung des *N. oculomotorius* ab. Der Verf. würdigt bloss den letzteren Zustand und erzählt einen Fall, wo die angeblich angeborne Ptosis des obern Lides ohne gleichzeitige Lähmung der Augenmuskeln vorhanden, die Iris des betreffenden Auges nicht gelähmt, die Pupille nicht weit und die Augenbraue der kranken Seite um $1^1/_2$ Centim. höher war als die der Gesunden. — Zur palliativen Behandlung der *Blepharoptosis paralytica* empfiehlt Verf. ein kleines Instrument, das aus 2 der Wölbung der Lider gemäss gebogenen, und durch eine an dem einen Ende angebrachte Spiralfeder einander parallel erhaltenen feinen Drahtfäden besteht. Durch einen Druck auf die Feder weichen die Arme aus einander, nähern sich beim Aufhören desselben wieder, und halten dann die zwischen ihnen gelegene horizontale Hautfalte fest, dass die Hornhaut in Folge der Lidverkürzung hinreichend frei wird. Diesem mit der Zeit lästig werdenden Instrumente zieht B. die Ausschneidung einer Hautfalte nach **Lafaye** vor. Er empfiehlt, sich dabei der Carlsbader Nadeln zu bedienen, und räth die Falte in der Nähe der Augenbraunen auszuschneiden, damit bei der Vereinigung die untersten Fasern des Stirnmuskels mit dem Lide verbunden werden, und bei ihrer Zusammenziehung dasselbe erheben. Endlich muss die Höhe des auszuschneidenden Hautstückes so gross sein, dass dadurch in Verbindung mit der gedachten Einwirkung der untern Fasern des *M. frontalis* der freie Lidrand bis zur Mitte der Pupille gehoben wird. (*Bulletin de Thérapeutique, Octob.* **1845** in **Schmidt's** *Jahrbüchern.* **1846**. *49. Bd. II. Hft.*)

Blodig.

Anatomische und chemische Untersuchung eines wegen medullar - sarcomatöser Entartung ausgerotteten Augapfels. Von **Heyfelder** und **Bibra**. — Die Gestalt des exstirpirten (linken) Augapfels war dreieckig, der Insertionspunct des *N. opticus* entsprach der Spitze, die Hornhaut der Grundfläche des Dreieckes. Der Sehnerve war sehr dünn gezerrt und 18 Linien lang. Die Linse lag an der Pupille, ihre hintere Capsel war verdunkelt, die Gefässhaut sehr injicirt, die Netzhaut bot nichts Abnormes, eben so wenig der in ziemlicher Menge vorhandene Glaskörper. Die hintere Hälfte des Bulbus umgab eine feste, schwammige, im Innern rothbraune und leicht blutende Masse, die unter dem Microscope eine reine Zellenbildung mit vielen Körnern und Blutkügelchen zeigte. Von den geraden und schiefen Augenmuskeln war nichts zu entdecken. — Die durch Fr. v. **Bibra** vorgenommene chemische Zerlegung der markschwammigen Masse zeigte:

Proteïnverbindung	11,221
Extractive Materien	3,350
Glutin (Chondrinspuren) . . .	3,990
Fett	6,683
Wasser	74,756
	100,000

100,000 Theile im Wasserbade getrocknet, geben: Asche = 4,10. Diese enthielt:

Schwefelsaures Alcali . .	12,2	Lösliche Theile: 60,0
Chlornatrium	8,0	
Kohlensaures Natron . .	4,4	
Phosphorsaures Natron .	35,4	
Eisenoxyd	18,1	Unlösliche Theile: 40,0
Phosphorsaure Erden . .	21,9	
	100,0	

(*Bericht über das chirurgische und Augenkranken - Clinicum der Universität Erlangen etc.* in **Roser's** *und* **Wunderlich's** *medic. Vierteljahrsschrift. V. Jahrg.* **1846**. *I. Hft.*)

Blodig.

Amaurose in Folge eines organischen Gehirnleidens. Von **Taylor**. — Ein verheirateter Mann, stets gesund, nur in der Jugend heftigen Kopfschmerzen unterworfen, hatte vor 9 Jahren an dyspeptischen Erscheinungen gelitten. Im Beginne des Jahres 1840 (damals 40 J. alt) bemerkte er eine Gesichtsschwäche, Thränen der Augen, Mückensehen, ohne Veränderung der Pupille. Im Juli desselben Jahres bekam er ein acutes Arthrorheuma, und von diesem Zeitpuncte an empfand er alle Erscheinungen einer Herzhypertrophie. Obschon er sich im Jänner 1841 einer energischen Behandlung unterzog, blieb der Zustand doch der-

selbe. Die Gesichtsschwäche steigerte sich bis zu dem Grade, dass es ihm unmöglich war, allein zu gehen; die Pupillen, obschon erweitert, reagirten noch auf die Einwirkung eines starken Lichtes. Die Augäpfel ragten mehr hervor und waren härter denn gewöhnlich. Der heftiger werdende Kopfschmerz setzte sich nun in der linken Hinterhauptsgegend fest. Ein Jahr später befiel ihn eine *Neuralgia ischiadica*, die sehr heftig und hartnäckig war. Bewegung und Allgemeingefühl der unteren Extremitäten veränderten sich nicht, doch schien der linke Schenkel magerer zu sein als der rechte. Bei ziemlichem Appetite war Pat. zu Leibesverstopfungen geneigt. Im November 1842 traten Delirien, später eine Art epileptischer Convulsionen auf, die in der Regel zur Nachtszeit in monatlichen Zwischenräumen wiederkehrten. Von nun lag er — stumpfsinnig und mürrisch — stets zu Bette. Das Sprechen schien ihn grosse Anstrengung zu kosten. Als er einmal aufstand, schien er den Gebrauch aller geistigen und körperlichen Kräfte verloren zu haben. Doch hatte er den Geschmacks- und Tastsinn behalten, auch hörte er noch mit dem rechten Ohre. In diesem Zustande lebte er noch über 16 Monate. Am Ende seines Lebens gingen Urin und Darmkoth unwillkürlich ab. Pat. starb im August 1844. Die Section zeigte die Schädelknochen sehr dünn, die Gefässe der *Pia mater* sehr blutreich, das unter der Arachnoidea liegende Zellgewebe wässerig infiltrirt, die Gehirnsubstanz sehr fest und blutreich. In den Seitenhirnhöhlen bei 4 — 5 Unzen durchscheinenden Serums. Das *Septum pellucid.* war zerstört, die Sehnerven atrophisch; unter dem linken Lappen des kleinen Gehirnes, in Berührung mit dem Felsentheile des Schläfenbeines, hart anliegend an die Mündung des Gehörganges, fand man eine ovale Geschwulst von 2″ Länge, über 1⅓″ Breite und 1″ Höhe, die mit dem kleinen Gehirne fest zusammenhing, und auf die untere Fläche des kleinen Gehirnes gedrückt hatte. Die Geschwulst war dunkler als die Hirnsubstanz gefärbt, mit kleinen serösen Cysten besetzt, lag zwischen dem Seitentheile des kleinen Gehirnes und dem *Pedunculus superior*, und drückte gleichfalls auf die Varolsbrücke. Das 7. Paar und die Theile des 8. der Gehirnnerven verliefen zu ihren respectiven Schädelöffnungen, ohne gedrückt oder aus der Lage gerückt zu werden; die Geschwulst, die sich zum Theile gegen die Öffnung des Gehörganges drängte, hatte denselben etwas erweitert, die benachbarten Knochen sahen wie arrodirt aus. Die Geschwulst selbst bestand aus weisslichen, strahligen Fasern, in deren zahlreichen Zwischenräumen man eine geringe Menge gelatinösen Serums fand; hie und da entdeckte man einige schwarze Puncte, die sich als kleine Gefässe erwiesen. — Am Herzen war der linke Ventrikel hypertrophisch, die Aorta ein wenig erweitert, die Mitralklappe fast verknorpelt; die Nieren waren granulös entartet. (*The Lancet. 1845. Août.* in *Archives générales de médecine. 1846. Janvier.*) **Blodig.**

D. Gerichtliche Medicin.

Tod, verursacht durch den unmässigen Genuss von Muscheln. (Aus Dr. John Barklay's practischen Fällen.) — W. P., 42jähriger Handschuhwirker, unverheirathet, hatte in der Nacht vom 8. October 1845 eine bedeutende Menge gerösteter Muscheln, nach der Aussage seiner Geliebten zwei Drittel einer halben Gallone gegessen und den Saft davon getrunken.

Am nächsten Morgen fühlte er sich unwohl, ging aber dennoch zur Arbeit, woher er aber kurz nach dem Frühstücke wegen heftiger Bauchschmerzen wieder heimkehren musste. Diesen so wie den folgenden Tag (10.) liess er sich verschiedene Mittel, Pulver, Pillen, Castoröhl, Jalapa etc. vom Materialisten holen; doch wurde ihm darauf nur schlechter. Als auch die schmerzstillenden Tropfen, die ihm der Lehrjunge des Materialisten auf dessen Befehl bereitet hatte, nicht halfen, wurde der Bezirks-Wundarzt Derington geholt, welcher ihn sehr matt und abgeschlagen, den Bauch meteoristisch und beim Drucke empfindlich fand. Calomel, warme Clystiere und eine Salzmixtur wurden verordnet, und Tags darauf wegen Zunahme des Schmerzes 12 Blutegel, warme Breiumschläge und 4stündig 1 Gran Calomel mit ¼ Gran Opium verabreicht.

Mittags sah Verf. den Patienten zum ersten Male. Er fand den Unterleib stark aufgetrieben und sehr schmerzhaft, doch nicht so bedeutend als bei einer acuten Peritonitis; der Puls 100, weich, leicht unterdrückbar, die Zunge leicht belegt, feucht; Apetitlosigkeit, der Durst kaum vermehrt; die Stuhlentleerungen sehr zahlreich, flüssig und grau gefärbt. *Therap. contin.*

Den 13. war der Zustand etwas besser, Schmerz, Auftreibung u. s. w. geringer. Eine aromatische Mixtur mit ½ Unze Castoröhl und Clystiere.

Den 14. etwas besser — das Calomel wegen Wundwerden des Gaumens weggelassen.

Den 15. fand ihn Verf. viel schwächer; er konnte nur lispelnd sprechen, der Meteorismus dauerte fort, der Schmerz schien aber geringer, der Puls 116, hart, die Stühle sparsam, aber natürlicher von Galle gefärbt. — Clystiere.

Den 16. wurde zeitlich Derington gerufen. Um 4 Uhr Morgens war dem Kranken plötzlich übler geworden. Das Clystier war nur einige Minuten geblieben. Das Gesicht war sehr ängstlich, die Augen eingesunken. Der Körper mit kaltem klebrigen Schweisse bedeckt; der Bauch sehr ausgedehnt, der Schmerz sehr heftig über den ganzen Unterleib verbreitet, am heftigsten aber in der Gegend des Pylorus. Der Puls 130, fast unfühlbar. *Ammonia pura*, Stimulantia und Branntwein wurden gegeben; allein die Kräfte sanken immer mehr, und Nachmittags starb der Kranke.

Section 23 Stunden nach dem Tode. Der Bauch sehr aufgetrieben, die Gedärme mit vielem Gas überfüllt. Das Peritonäum sehr injicirt, fast überall mit den nahen Eingeweiden verklebt, eiteriges und lymphatisches Exsudat reichlich in den Dünndarmfalten. Die

Schleimhaut des letzteren, vorzüglich im oberen Drittel gegen den Zwölffingerdarm sehr injicirt, und auch dieser von einer zähen, dicken, dunkeln, schleimähnlichen Masse erfüllt, sehr blutreich. Der Magen leer, nicht entzündet. Leber, Nieren und Milz normal.

Das Verdict des Todtenbeschauers lautete, da der Fall sehr viel Aufsehen erregt hatte: »Tod durch unmässigen Genuss von Muscheln.« — Zu bemerken ist, dass die Person, die mit dem Verstorbenen gegessen hatte, sich gleichfalls unwohl fühlte, aber auf ein leichtes Abführmittel bald wieder genas. — Ein anderer Krankheitsfall nach dem Genusse derselben Muscheln war nicht zu ermitteln.

(Der Herausgeber macht bei diesem Falle die Bemerkung, dass es unverzeihlich sei, wie incompetente Menschen durch unzweckmässige Mittel den Tod des Kranken veranlassen, da in den 3 ersten Tagen Zeichen der Vergiftung vorhanden waren und vielleicht Hülfe möglich gewesen wäre; und tadelt die englische Gesetzgebung, welche gegen derlei Curpfuschereien nicht energisch einschreitet. (*Provinc. Medic. et Surgic. Journal. Nr. 50. Vol. 2.*)

Pissling.

3.

Notizen.

Über die geographische Verbreitung der Krankheiten in Peru. Ein Beitrag zur medicinischen Geographie von Dr. J. J. von Tschudi. Mitgetheilt vom Prof. Dr. Endlicher.

(Fortsetzung.)

Die Typhen sind an der peruanischen Küste ziemlich häufig, und es ist daher auffallend, dass einige Ärzte behaupten, die eigentlichen Typhen gehören nur der nördlichen Hemisphäre an; wir werden sehen, dass sie in Peru von den Ufern des stillen Oceans bis in die hohen Regionen der Cordillera vorkommen. Der Pneumotyphus ist die frequenteste Form; die Eingebornen nennen ihn »*tabardillo y costado*« (bösartiges Fieber und Lungenentzündung), ein Name, der anzeigt, dass sie dieses Übel, als aus zwei verschiedenen Krankheitsprocessen zusammengesetzt, betrachten. Beim Pneumotyphus, wie ich ihn an der peruanischen Küste so häufig beobachtet habe, ist die Localisirung des typhösen Processes in den meisten Fällen zuerst in den Lungen; nur selten treten zum Abdominaltyphus heftige Lungenaffectionen, wodurch ein sogenannter secundärer Pneumotyphus entsteht. Der Verlauf dieser Krankheit ist sehr rasch und endet in den meisten Fällen schon am fünften Tage tödtlich, nur sehr selten wird der Kranke gerettet, da, wenn auch die typhöse Krankheit gehoben ist, lentescirende Geschwüre in den Lungen zurückbleiben, denen eine *Phthisis purulenta* folgt. Der Ileotyphus ist schon oft epidemisch aufgetreten, und hat, besonders in den früheren Jahrhunderten, mehrmals fürchterliche Verheerungen angerichtet. Die Eingebornen nennen ihn *Vicho*, und unter diesem Namen ist er schon seit der Eroberung von Peru bekannt. Dr. Unanue, der schon 1793 zwei Sectionsbefunde mittheilte, die über den Character der Krankheit keinen Zweifel übrig lassen (*Mercurio peruano, Tom. VIII. p. 128, Tom. IX. p. 44*) sagt: »Seit undenklichen Zeiten ist die Dysenterie mit dem Vicho verwechselt worden und zwar nicht nur vom Volke, sondern auch von den weniger aufgeklärten Ärzten.« Dieser Ausspruch hat auch heute noch seine volle Gültigkeit, und wohl nur wenige der peruanischen Ärzte sind im Stande, den Abdominaltyphus zu erkennen, wenn er auch mit den entschiedensten Symptomen auftritt. Besonders wenn die häufig sich wiederholenden Durchfälle, die zudem noch so oft blutig tingirt sind, sich einstellen, und der Schmerz in der Ileocoecalgegend heftig ist, wird die Krankheit als Ruhr diagnosticirt und als solche behandelt. Ein nicht geringer Theil der in den Tabellen angeführten Todesfälle in Folge der Dysenterie muss auf Rechnung des *Typhus abdominalis* gesetzt werden; diejenigen, welche unter der Rubrik »Typhus« stehen, gehören dem Pneumotyphus an. Dass diese Verwechslung der beiden so sehr verschiedenen Krankheitsprocesse von dem grössten Nachtheile für die Kranken ist, braucht wohl nicht erst der Versicherung. An der Küste ist der *Typhus cerebralis* seltener als die beiden angeführten Formen, und fast ausschliesslich gehören die vorkommenden Fälle der weissen Bevölkerung an. Des Auftretens des *Typus petechialis* und seiner Bildung aus Ruhrepidemien habe ich schon oben Erwähnung gethan.

Es ist eine sehr interessante, aber schwer zu lösende Frage, ob die angeführten Typhusformen in Peru schon einheimisch waren, als die Spanier das Land eroberten? Ich glaube: nein; denn die Indianer, die so scharf in allen Bezeichnungen sind, haben in ihrer Sprache kein eigenes Wort für diese, unter ihnen jetzt gar nicht mehr seltenen Krankheiten; sie nennen sie, wie die Spanier, Tabardillo. Auch in den übrigen Ländern von Südamerica scheinen sie erst durch die Europäer eingeschleppt worden zu sein. Wir begegnen immer noch absolut mehr Typhen bei den weissen Einwohnern von Peru, die nur einen sehr geringen Bruchtheil der Bevölkerung ausmachen, als bei den dunkleren Mischlingen und India-

nern. Die somatische und psychische Beschaffenheit der Autochthonen von Peru, ihre einfache Nahrung und übrige sehr geregelte Lebensweise, prädisponirten sie nicht für diese Krankheiten, die mehr ein Patrimonium eines reizbareren Nervenlebens, verfeinerter Nahrung, unregelmässiger Lebensweise und grosser körperlicher und geistiger Anstrengungen sind. Bald nach der Eroberung (ungefähr 15 Jahre) zeigte sich unter den Spaniern der Petechialtyphus aus epidemischer Dysenterie, ergriff aber damals die Indianer nur sehr selten; erst im Verlaufe des Jahrhunderts, als sich die Typhen in dem tropischen Clima eingehaust hatten, verbreiteten sie sich auch unter die indianische Bevölkerung. Durch einen der ältesten Überlieferer der peruanischen Geschichte, den Inga Garcilaso de la Vega, wissen wir, dass vor der Einwanderung der Europäer in Peru durchaus keine Epidemie herrschte, und dass sogar die Dysenterie damals nur sehr selten vorkam, und nie in dem gefährlichen Grade wie in den folgenden Jahrhunderten.

Der *Typhus icterodes* oder die „*Febris flava*" kommt an der peruanischen Küste nur sporadisch vor, hat sich aber noch nie zur Epidemie ausgebildet ihre climatischen Verhältnisse sind ihm durchaus ungünstig, wenigstens hat die Erfahrung gezeigt, dass das eingeschleppte gelbe Fieber in Peru immer gleich wieder zu Grunde geht. Im Jahre 1842 hat diese Krankheit seit Jahrhunderten zum ersten Male auf der Westküste von America den Äquator überschritten, und trat mit furchtbarer Heftigkeit in Guayaquil auf, wo ihr der grösste Theil der Bevölkerung erlag. Merkwürdiger Weise blieb die Epidemie nicht an der Küste allein, sondern zeigte sich mit der nämlichen Heftigkeit auch tief im Innern des Landes, eben so wenig blieb sie in dem in andern Ländern beobachteten Elevationsbezirk zwischen 0—600 Fuss ü. M., denn in Dörfern zwischen 8 — 9000 Fuss ü. M., wohin sich viele Bewohner der Stadt beim ersten Auftreten der Krankheit geflüchtet hatten, machte sie eben so furchtbare Verwüstungen, als am Meeresufer selbst. Der Grund liegt wahrscheinlich darin, weil hier die Cordillera nahe am Ocean vorbeistreicht, und die Entfernung vom eigentlichen Herde der Krankheit bis ins hohe Gebirge weit geringer ist als an der Ostküste von America, wo allen Beobachtungen zu Folge das gelbe Fieber bei 800 Fuss ü. M. nie mehr vorkommt. Trotz der häufigen Communication der peruanischen Hafenstädte mit Guayaquil und den nur äusserst mangelhaften Vorsichtsmaassregeln durch Absperrung während der Epidemie selbst, zeigten sich damals in Peru doch nur sehr wenige Fälle von *Febris flava*, aber immer ohne Ansteckung.

Die Familie der Rheumatismen ist in dieser Region in allen ihren Formen sehr stark repräsentirt. Der *Genius epidemicus annuus* ist während der Zeit der Nebel immer ein *rheumaticus*, während er in den heissen Monaten ein *biliosus* ist. Überraschend häufig ist während der feuchten Jahreszeit der *Tetanus rheumaticus*. Es gibt vielleicht kaum ein Land, wo der Tetanus so oft beobachtet wird, wie in Peru; während er in einer Hälfte des Jahres sich dem Rheumatismus zugesellt, folgt er in der andern Hälfte (in den heissen Monaten) mit erstaunlicher Häufigkeit den Verwundungen. Vom *Tetanus traumaticus* werden besonders die Neger ergriffen, und nicht selten trifft man in einer Plantage Mehrere zugleich, die an diesem furchtbaren Übel darniederliegen. Als äusserst wirksames Mittel gegen die letztere Form bewähren sich die Clystiere von Tabak von Bracamoras (Aufguss von 1 Pfd. Wasser auf 1 Drachme Tabaksblätter zu zwei Clystieren), welche den heftigsten Krämpfen fast momentan ein Ende setzen; die Eingebornen nehmen daher immer, auch ohne ärztliche Verordnung, Zuflucht zu diesem Mittel.

Die häufigste Form der Familie der Erysipelaceen ist die Scarlatina; sie herrscht oft in sehr weit verbreiteten Epidemien, ist aber an der Küste und in der heissen Jahreszeit viel gutartiger als im Innern des Landes. Im Jahre 1842 übernahm ich aus Gefälligkeit gegen den Commandanten einer Schwadron Lanciers in Tarma (im Gebirge 10,000′ ü. M.) die Behandlung seiner Leute, von denen 87 fast gleichzeitig vom Scharlach befallen wurden. Da diese Soldaten beim Übergang über die Cordillera die ersten Symptome der Krankheit spürten, und noch mehrere Tage bei anhaltendem Regen reiten mussten, so nahm die Epidemie einen bösartigen Character an, der noch durch das feuchte, dumpfige Local, in welches sie eingepfercht waren, vermehrt wurde, und es zeigte sich bei zwei Drittel der Kranken die von den Ärzten *Scarlatina septica* genannte Form. An der Küste ist die *Scarlatina synochalis* die frequenteste Art, und zwar die *Scar. laevigata*, in den Monaten vom November bis Januar zeigt sie aber häufig den gastrischen Character.

Die *Variolae* und ihre verwandten Formen *Varioloides* und *Varicellae* kommen an der Küstenregion nur noch selten vor, besonders die Erstere, da ihr durch die *Variola tutoria* ein Damm gesetzt ist. In den übrigen Regionen sind sie hingegen sehr häufig; am Ostabhange der Anden decimiren sie noch alljährlich die Bewohner, viele Dörfer sind in Folge dieser Krankheit ganz ausgestorben. Es scheint, dass diese Krankheiten eine Elevationsgränze haben, denn bei 12,000 Fuss ü. M. werden sie nicht mehr beobachtet. Den Indianern der Hochebenen und der Cordilleren sind die Blattern unbekannt; und obgleich die Vaccination dort nicht eingeführt ist, und in den tieferen Thälern oft die fürchterlichsten Epidemien herrschen, so kommen doch keine Fälle über der angegebenen Gränze vor. In der reinen Luft und der nicht unbeträchtlichen Kälte gehen die Variolae zu Grunde. Es scheint, dass auch sie eine Latenzperiode beobachten, denn es sind mir viele Beispiele bekannt, dass Gebirgsindianer bei Blatternepidemien in den Thälern, wo sie sich zufällig aufhielten, vor dieser Krankheit fliehend, in das Hochgebirge sich zurückzogen, nach mehreren Monaten aber, nachdem

die Epidemie schon gänzlich erloschen war, wieder in die tiefern, wärmern Gegenden zurückkehrten und dann nach wenigen Tagen von den Blattern ergriffen wurden. Offenbar beobachtete während dieser ganzen Zeit die Variola-Intoxication unter den zu ihrer Entwicklung ungünstigen climatischen Verhältnissen einen Stillstand, und trat dann erst, durch günstige physische Bedingungen erregt, auf. Die Morbilli sind an der Küstenregion, wo die catarrhalischen Krankheiten so allgemein sind, sehr häufig, treten aber nie in gefährlichen Epidemien auf. Auffallend ist es, dass die Masern, von den Eingebornen Sarampion genannt, gerade in den Gegenden am häufigsten vorkommen, in denen die *Febr. intermittentes* die Oberhand haben, und in sandigen, trockenen Localitäten sich nie zur contagiösen Epidemie entwickeln. In dem Gebirge verschwinden sie fast ganz, zeigen sich aber in der Waldregion in sehr verderblichem Grade. Trotz der Häufigkeit der Rheumatismen in ganz Peru ist die Miliaria dort gar nicht bekannt. Ob sie je in früheren Zeiten dort aufgetreten sei, ist nicht mehr zu entscheiden; seit Ende des vorigen Jahrhunderts kann man mit Bestimmtheit angeben, dass sie nie beobachtet wurde. Die übrigen Erysipelaceen sind im Ganzen genommen selten, die Haut der Neger hat eine grosse Tendenz von localem Erysipelas oft nach den unbedeutendsten Verwundungen befallen zu werden; bei den Indianern wird es nur sehr ausnahmsweise beobachtet. Ich will noch bemerken, dass in einer mir befreundeten Familie ein Kind mit dem Pemphigus geboren wurde, und dass diese acute Hautkrankheit an der peruanischen Küste nicht selten, im Gebirge hingegen ganz unbekannt ist.

Ich brauche wohl kaum zu bemerken, dass die Variola und ihre verwandten Formen, als die Morbilli, von den Europäern nach Peru eingeschleppt wurden, und immer noch verhältnissmässig die Europäer und hellen Mischlinge weit öfter befallen, als die dunklen Raçen und ihre Varietäten. Besonders klar tritt dieses Verhältniss bei Epidemien hervor, bei denen schon mehrmals beobachtet wurde, dass sie die Indianer fast ganz verschonten, während sie aufs heftigste unter den Weissen und Negern wütheten.

Die grosse Familie der Hautkrankheiten ist, wie im übrigen Peru, so auch an der Küste sehr reichlich repräsentirt. Es ist eine bekannte Thatsache, dass die Impetigines in der Äquatorialgegend an Häufigkeit zunehmen und in zahlreichen Formen, die ausser den Wendekreisen nicht bekannt sind, erscheinen. Keine andere Krankheitsfamilie zeigt sich mit so grosser Abwechslung bei den verschiedenen Raçen, wie diese, und oft kann auch der auf das strengste beobachtende Arzt nicht entscheiden, ob eine Form, die sich auf der Haut des Negers zeigt, die nämliche sei, die er beim Weissen gesehen hat. An der Küstenregion sind die Neger bei weitem am häufigsten mit Impetigines behaftet, und es gibt wohl unter zehn kaum einen, der frei davon wäre. Ähnliche Erfahrungen haben auch andere Ärzte an der Ostküste von America gemacht, und man muss wohl in den dunkeln Pigmentschichten den Grund dieser Häufigkeit suchen. Die Indianer sind in den heissen Gegenden den Hautkrankheiten ebenfalls sehr unterworfen, also in der Küsten- und Waldregion, während sie im Hochgebirge fast ganz frei davon bleiben; man kann daher für die meisten Impetigines eine verticale Verbreitungsgränze annehmen. Ich führe hier nur die Scabies an, die über 11000 Fuss ü. M. zwar noch vorkommt, aber nicht mehr ansteckend ist. Bei den Indianern, die mit Krätze behaftet, aus den warmen Gebirgsthälern nach den Hochebenen gehen, und sich dort längere Zeit aufhalten, geht diese Krankheit ohne Anwendung irgend eines Mittels zu Grunde, tritt aber sogleich wieder auf, wenn sie nach den heissen Districten zurückkehren. Die Ichthyosis ist in einigen Dörfern der nord- und mittelperuanischen Küste häufig, und ergreift vorzüglich die Mischlinge vom Indianer und Neger; auch bei Weissen habe ich sie wiederholt und in furchtbarem Grade gesehen. Die Herpes in ihren verschiedensten Arten herrschen fast gleichmässig bei allen Bewohnern der heissen Regionen, doch scheinen sie sich auch auf den dunkeln Raçen häufiger, als auf den hellen zu fixiren.

Bei den Negern der Küste ist die Elephantiasis eine gar nicht seltene Krankheit, und zwar die knollige, trockene Form, die ihren Sitz vorzüglich an den untern Extremitäten nimmt. Ich habe öfter ein halbes Dutzend und noch mehr Individuen vereinigt gesehen, die in heftigem Grade an diesem Übel litten, aber immer fand ich es nur auf die untere Hälfte der Beine bis ans Knie beschränkt, nie an einem andern Körpertheile und ausschliesslich nur bei Männern. Als Ursache von langwierigen Hautübeln besonders von bösartigen Geschwüren ist an der Küste der Sandfloh, die sogenannte Pique (*Pulex penetrans Lin.*) aufzuführen. Bekanntlich bohrt er sich in die Haut ein, legt dort die Eier, die sich entwickeln und dann ein heftig schmerzendes Geschwür hervorbringen. Wenn der Floh nicht vor der Entwicklung der Eier sorgfältig entfernt und das Loch, von der Grösse einer Erbse, gehörig gereinigt wird, so vermehrt sich die Brut sehr rasch, zerstört die Weichtheile und bewirket eine lebhafte Entzündung und fast unerträgliche Schmerzen. Wenn sich aber einmal eine solche Brut in grosser Individuenzahl an einem Gliede eingenistet hat, so ist es nicht mehr möglich, sie durch irgend ein Mittel zu zerstören, denn sie graben sich tiefe, ausserordentlich feine Gänge in die Muskelsubstanz, und legen in entfernten Puncten neue Colonien an. Ich habe mehrere Fälle beobachtet, in denen nur die Amputation das Leben der Kranken retten konnte. In mehreren Plantagen der Umgegend von Lima und Huacho kommt die Phthiriasis endemisch vor; es sind meistens sumpfige Gegenden. Die Laus ist eine den Zoologen noch nicht bekannte Species.

Es haben einige Ärzte behauptet, dass die Familie der Scropheln nur den aussertropischen Ländern eigen sei, und in den Äquatorialgegenden ganz ver-

schwinde. Diese Angabe ist ganz unrichtig, denn es ist bekannt, dass diese Krankheit in Nordbrasilien häufig vorkommt; das Nämliche kann ich für Peru angeben. Sie ist dort an der ganzen Küste verbreitet, und erstreckt sich von den Ufern des stillen Oceans bis in die höchsten Gebirgsstädte. Ich habe im Cerro de Pasco auf einer Höhe von 13,500 Fuss ü. M. noch viele scrophulöse Individuen gesehen, aber nur unter der weissen Bevölkerung, an der Küste auch unter den Negern. Die Indianer scheinen eine vollkommene Immunität gegen diesen Krankheitsprocess zu geniessen. Ähnlich verhält es sich mit der Tuberculosis, auch diese Krankheits-Familie ist in den Tropen fast ebenso häufig als ausserhalb den Wendekreisen. In Lima ist sie sehr frequent, trotz der für die Intermittentes so sehr günstigen tellurischen Verhältnisse. Schon oben habe ich darauf aufmerksam gemacht, dass in Peru der Gegensatz im Auftreten der Phthisen und Intermittentes nicht beobachtet wird; das nämliche gilt für die Tuberculoses. Das heisse feuchte Clima der Küsten- und der Waldregion begünstigt sehr die Entwicklung dieser Krankheit; in der ersten Region herrschen die Tuberkeln der Lunge, in letzterer hingegen die der Leber vor. Im Hochgebirge sind sie ganz unbekannt, und den Phthisen, die dort auftreten, liegen immer andere ätiologische Momente zu Grunde, meistens Pneumorrhagie in Folge des verminderten Luftdruckes, Entzündungen u. s. f.

Aus der Familie der Colliquationen habe ich besonders den *Fluor albus* anzuführen, der sich nicht an eine geographische Gränze bindet, sondern überall durch sociale Verhältnisse hervorgerufen wird. In Lima ist er so allgemein, dass man füglich annehmen kann, die Hälfte der Bewohnerinnen dieser Stadt leide daran. In allen grösseren Dörfern und Städten des ganzen Landes kommt er vor, aber hauptsächlich unter den Weissen und hellen Mischlingen. Den Indianerinnen ist er fast ganz unbekannt, wenigstens ist mir nie auch bei genauer Nachforschung ein Fall bekannt geworden. Die *Phtisis pituitosa* findet sich sowohl an der Küste als im Gebirge, in Lima ist sie häufig, was auch durch die anhaltenden dichten Nebel leicht erklärlich ist. Von Diabetes ist mir nur ein einziges Beispiel bei einem Geistlichen in einem der grösseren Gebirgsdörfer vorgekommen. Diese Krankheit ist ausserordentlich selten, und meine Erkundigungen bei den eingebornen Ärzten haben mir gezeigt, dass sie von ihnen nie beobachtet wurde.

Die Arthritiden scheiden sich nach ihren beiden Hauptformen scharf in zwei Hauptverbreitungsbezirke: in der Küsten- und Waldregion kommen die Hämorrhoiden vor, in der Sierraregion die Arthritis, die in Lima z. B. zu den grössten Seltenheiten gehört; ich glaube, dass sie sich an der Küste nie entwickelt; alle arthritischen Kranken, die ich dort gesehen habe, brachten ihr Übel aus dem Gebirge mit, und hofften im warmen Clima Linderung zu finden. Fast ebenso verhält es sich mit den Hämorrhoiden, die von den Gebirgsbewohnern aus den heissen Regionen in ihre Heimath zurückgebracht werden.

Die Familie der Syphiliden ist gegenwärtig durch ganz Peru sehr verbreitet; an der Küste werden häufiger die primären Formen, im Gebirge aber die secundäre Syphilis beobachtet; dort sind sie sehr leicht und weichen schnell der einfachsten Behandlung; hier aber sind sie ausserordentlich hartnäckig und gefährlich. Das heisse Clima der Küste begünstigt sehr die Heilung der Syphilis; es versammeln sich daher dort syphilitische Individuen aus den kalten Gebirgsgegenden und aus Chile, welche vorzüglich nach dem brennenden Thale von Payta gehen, um Sandbäder zu gebrauchen. Die Behandlung ist sehr einfach. Die Kranken beobachten eine sehr strenge Diät, nähren sich fast ausschliesslich von Yuccas (*Manihot utilissima Pohl*), von Camotes (*Convolvulus Batatas Linné*) und von Bananen (Früchten verschiedener Musaarten), und graben sich alle Tage zur Mittagsstunde nackend in den glühend heissen Sand ein, indem sie nur den Kopf durch einen Hut oder ein kleines Zelt vor den Sonnenstrahlen schützen. Nach dreiwöchentlicher Wiederhohlung dieser heftigen Schweissbäder verschwindet die Krankheit in der Regel, ohne die Anwendung irgend eines andern Heilmittels. Die Gebirgsbewohner gehen oft auch in die Wälder, um sich der Einwirkung des heissen Climas auszusetzen, und das Wasser von den Bächen zu trinken, in denen die *Smilax syphilitica* wuchert. In diesem Wasser liegt eine sehr grosse antisyphilitische Heilkraft, und ich bin nach verschiedenen Beobachtungen überzeugt, dass es weit wirksamer ist, als die Abkochung der Sassaparilla. Das Wasser ist ganz klar, von nicht unangenehmen aromatischem Geschmacke, hat aber die auffallende Eigenschaft, dass durch dessen Genuss die ersten Tage oder Wochen der Urin blutroth gefärbt wird; eine Erscheinung, die den Neuling immer anfänglich sehr in Angst versetzt. Ich hatte während meines Aufenthaltes in den Urwäldern häufig Gelegenheit, diese sonderbare Erscheinung zu beobachten. Syphilitische Exantheme sind im Gebirge sehr häufig, besonders bei hellen Mischlingen; an der Küste fehlen sie fast ganz.

Die Syphilis war in Peru vor der Eroberung und während der ersten Jahrzehende nach der europäischen Invasion ganz unbekannt. Der allgemein verbreitete Glaube in diesem Lande ist der, dass sie von den Negern eingeführt wurde; merkwürdiger Weise zeigt sie sich auch jetzt noch bei der schwarzen Race wohl am frequentesten. Wahrscheinlich haben die Spanier eben so vielen Antheil als die Neger an der Einführung dieser Krankheit; dass sie aber eingeschleppt sei und sich nicht aus den Exanthemen der Autochthonen, dem unmässig ausgeführten Coitus, oder durch die Schärfe des Menstrualblutes u. s. f. in Peru oder überhaupt in America sich gebildet habe, unterliegt nach allen vorliegenden Thatsachen keinem Zweifel mehr. Dass sie sich aus den durch die Stiche des

Pulex penetrans entstehenden Geschwüren entwickelt habe, ist eine lächerliche Ansicht, die keiner Widerlegung bedarf. Es ist hier nicht der Ort, mich über die Frage näher einzulassen, ob die Syphilis americanischen Ursprunges sei oder nicht, sie ist schon so vielfältig erörtert worden, ohne jedoch zu einem Endresultate zu führen. Die Vertheidiger der ersten Ansicht haben einige wichtige Momente übersehen, auf die ich an einer andern Stelle zurückkommen werde. Mehrere haben das Erscheinen der Syphilis in Europa aus einem teleologischen Standpuncte aufgefasst und gesagt, America habe den Europäern die Syphilis für die durch sie in die neue Welt gebrachten Blattern gegeben, und diese beiden Krankheiten haben fast gleichzeitig, jede in ihrer neuen Hemisphäre einen Fürsten getödtet; die Blattern den Bruder von Montezuma, die Syphilis König Franz I. etc. etc., doch solche Spielereien führen nicht zur Lösung einer wissenschaftlichen Frage.

Die Abtheilung der **Neurosen** ist durch vielfältige Formen repräsentirt, die sich aber ausschliesslich in den gröseren Städten und bei den weissen Bewohnern zeigen. Das träge Nervenleben der Indianer ist für diese Krankheitsformen sehr unempfänglich, eben so wenig begünstigt sie die reine Luft des Hochgebirges; wir begegnen daher bei den Eingebornen des Innern Peru's nur zur grössten Seltenheit irgend einer reinen Nervenkrankheit, um so häufiger aber bei den Creolinen von Lima, die sich bis zum Lästigwerden über ihre Nerven beklagen. Die frequentesten Formen in Lima sind die **Gastrodynie** und die **Enterodynie**, besonders die *Colica biliosa*, die in den Monaten April, Mai, November und December mit furchtbarer Heftigkeit auftritt, häufig in gefährliche Enteritis übergeht und nicht selten mit *Apoplexia abdominalis* endet. *Colica flatulenta* ist sehr allgemein, und gibt den Peruanern Stoff zu ewigen Klagen. Peru ist von den gefährlichen neuralgischen Formen, die an der Ostküste von Mittel- und Süd-America so grosse Verheerungen anrichten, wie die Proctodynie u. A. ganz verschont.

Die **Pertussis** kommt nur im Gebirge vor, steigert sich aber nie zur Contagiosität; besonders günstig zur Entwicklung dieser Krankheit sind die Monate vom November bis Februar, wenn anhaltende Regen und schwere Nebel eintreten. Es ist auffallend, dass sie an der Küste, wo doch die diesen Krankheitsprocess sehr begünstigenden atmosphärischen Einflüsse in hohem Grade vorherrschen, ausserordentlich selten ist. Das *Asthma convulsivum* ist dagegen dort sehr frequent, während es im Gebirge ganz unbekannt ist. In der Hauptstadt ist das Clima für den Brustkrampf sehr ungünstig; die daran leidenden Personen ziehen sich daher nach dem nur $1\frac{1}{2}$ Leguas entfernten Dörfchen Miraflores, wo sie immer eine grosse Erleichterung finden. Es scheint, als ob die Nähe des Flusses und die durch ihn vermehrten Nebel in Lima vorzüglich f-indlich dem Asthma entgegenträten. Ein mir bekannter Spanier sah sich während mehr als dreissig Jahren genöthigt, allnächtlich die Stadt zu verlassen und in Miraflores zu schlafen, denn jede Nacht, die er in Lima zubrachte, vermehrte das Asthma auf eine so furchtbare Art, dass der Kranke den Morgen nicht zu erleben glaubte. Die **Neurosen der Genitalien** sind in ganz Peru sehr selten und kommen nur in den grösseren Städten und bei den weissen und hellgefärbten Frauen vor. Auch die **Epilepsie** trifft man sehr ausnahmsweise; ich habe bloss drei Fälle beobachtet, und zwar nur bei Weissen.

Schliesslich will ich noch bemerken, dass die **Autochirie** zu den grössten Seltenheiten gehört. Während meines fast fünfjährigen Aufenhaltes in Peru habe ich nur von einem einzigen Beispiele gehört; der Selbstmörder war ein Franzose.

Da ich bei der Verbreitung der einzelnen Krankheitsfamilien an der Küste immer auf das ganze Land Rücksicht genommen habe, so kann ich mich bei den übrigen vier Regionen kurz fassen, und werde nur die characteristischen Krankheiten hervorheben.

(Fortsetzung folgt.)

4.

Anzeigen medicinischer Werke.

Janus. Zeitschrift für Geschichte und Literatur der Medicin, im Vereine mit Choulant, Häser, Hecker, Heusinger, Jahn, Marx, Rosenbaum u. A., herausgegeben von Dr. A. W. E. Th. Henschel, öff. ord. Professor der Medicin zu Breslau etc. I. Bd. 1. Hft. Breslau, Verlag von E. Trewendt, 1846. 8. 223. S.

Unter obigem Titel erscheint seit Beginn dieses Jahres eine Zeitschrift, deren Zweck Förderung des Studiums der gesammten medicinischen Geschichte ist. Das Unternehmen ist gerechtfertigt durch die regere Theilnahme, die das ärztliche Publicum neuerer Zeit diesem Zweige zuwendet, durch den Werth und die Tüchtigkeit der Forschungen, mittelst welcher von einzelnen ausgezeichneten Bearbeitern dieses Faches dasselbe zu einem höheren Grade der Selbstständigkeit erhoben wurde, endlich durch den Umstand, dass nur wenige der bisherigen medicinischen Zeitschriften

ihre Räume einzelnen Arbeiten aus diesem Gebiete geöffnet haben, und dieselben dort unter der grossen Masse anderweitigen Materiales verloren zu gehen pflegen. Dem Zwecke gemäss wird daher beabsichtigt, in dieser Zeitschrift in grösseren und kleineren Originalabhandlungen einzelne Zeiträume der Geschichte übersichtlich und pragmatisch darzustellen, die Entwicklung einzelner Disciplinen, Schulen, Systeme zu verfolgen, die Medicin einzelner Völker und Länder ihrem individuellen Character nach zu bezeichnen; die Geschichte einzelner Krankheiten und Epidemien, einzelner Heilmittel, Heilmethoden und Heilanstalten, wissenschaftlicher Institute etc., dann der ärztlichen Gesetzgebung und der Medicinalverfassungen zu geben. Nebstdem sollen Characteristiken und Biographien ausgezeichneter Ärzte aller Zeiten geliefert, denkwürdige Urkunden und Schriftreste älterer Zeit, literarische und bibliographische Nachrichten von wichtigen Schriftstellern mitgetheilt, endlich auch Recensionen medicinisch-historischer Werke und die Resultate statistischer Untersuchungen gegeben werden. Indem wir diesem Unternehmen den besten Fortgang wünschen, bemerken wir nur, dass das erste vorliegende Heft folgende interessante Abhandlungen enthält. 1. Janus, vom Herausgeber; 2. Hrabanus, Magnentius Maurus, von Dr. Spengler; 3. Makrizis, Beschreibung der Hospitäler in El Cahira, von Prof. Wüstenfeld; 4. Hippocrates und Artaxerxes, von Dr. Schneider; 5. über Spuren der Kenntniss des Scharlachs bei den Ärzten des X.—XV. Jahrhunderts, von Prof. Häser; 6. Albertus Magnus, dargestellt von Choulant; 7. Beitrag zur Geschichte des englischen Schweisses von Dr. Seidenschnur; endlich 8. vom Herausgeber: Petrarca's Urtheil über die Medicin und die Ärzte seiner Zeit. — Der Janus soll jährlich in 3 bis 4 Heften von je 10—12 Bogen erscheinen; Druck und Papier sind sehr gut. *Kanka.*

Jonathan Pereira's Handbuch der Heilmittellehre. Nach dem Standpuncte der deutschen Medicin bearbeitet von Rudolf Buchheim. 4. — 7. Lieferung. Leipzig, Verlag von Leopold Voss, 1845.

Die vierte Lieferung des vorliegenden Werkes enthält den Schluss des Abschnittes über die wasserstoffhältigen Kohlenstoffverbindungen, wo nebst den organischen Säuren Creosot, Fuligo, Steinöl und Bernstein zur Sprache kommen. In dem darauf folgenden Capitel werden die stickstoffhältigen Kohlenstoffverbindungen abgehandelt. Hier wird zuerst das Thieröl, dann die Blausäure, letztere besonders ausführlich, in allen Beziehungen geschildert. Sehr zweckmässig sind auch die Mittel zur Erkennung derselben bei Vergiftungen und die Gegenmittel angegeben. In therapeutischer Beziehung hat P. den besten Erfolg von derselben bei Gastrodynie, bei der sporadischen und epidemischen Cholera gesehen; in andern Krankheiten hat sie ihm wenig

oder nichts geleistet. Als die wichtigsten Gegenmittel werden Chlor, Ammoniak, kalte Begiessungen und künstliche Respirationsversuche bezeichnet. In den nächstfolgenden Ordnungen werden die Borsäure, der Phosphor und die Phosphorsäure, endlich der Schwefel und seine Verbindungen ausführlich gewürdigt. In der II. Classe kommen die metallischen Substanzen, und hier vor allem die Verbindungen des Caliums und Natriums zur Sprache. Die Wirksamkeit des Ätzcalis und Natrons bei der Gicht, bei Entzündungen, Exsudaten und Verhärtungen wird als noch keineswegs erwiesen betrachtet. Jedenfalls kann das Cali nicht als solches in die Blutmasse aufgenommen werden, sondern erst nachdem es in Verbindung mit einer organischen Säure, namentlich der Salzsäure, getreten ist. Daher auch die angeblich lithontriptische Wirkung desselben, so wie der Alcalien überhaupt sehr zweifelhaft wird. Hinsichtlich der Wirkung der purgirenden Salze, namentlich des schwefelsauren Natrons, wird die Liebig'sche Ansicht, wornach dieselbe bloss nach dem physicalischen Gesetze der Exosmose durch Übertreten des Serums aus den Blutgefässen des Darmcanals zu der saturirten Salzlösung Statt fände, als unzureichend erklärt. — Hierauf folgen die Erörterungen über den Baryt, den Kalk, die Magnesia und den Alaun. Trefflich ist das nächste, den Arsenik betreffende Capitel bearbeitet, wo auch alles in medicinisch - gerichtlicher Beziehung Wichtige zusammengestellt ist. Die chemische Erklärungsweise der Arsenikwirkung wird als unbegründet, und diese überhaupt in ihren näheren Beziehungen als noch ganz unbekannt dargestellt. In therapeutischer Hinsicht empfiehlt P. die innerliche Anwendung des Arseniks vorzüglich bei Lepra, Psoriasis, Eczem und Impetigo. — Nicht minder interessant ist das folgende Capitel über das Antimon und dessen Verbindungen. Diesen wird eine um so grössere Wirksamkeit zugeschrieben, je leichter sie im Wasser und den thierischen Flüssigkeiten gelöst werden. Daher ist das *Antimonium crudum* und mit ihm mehrere andere ältere Präparate als wenig oder gar nicht wirksam anzusehen, während der Brechweinstein die meisten Verbindungen dieses Metalles zu ersetzen vermag. Das Nähere ihrer Wirkungsweise ist gegenwärtig durchaus nicht mit Sicherheit anzugeben. Dass sie keine rein chemische sei, wird desshalb unwahrscheinlich, weil die Thatsache einer allmäligen Angewöhnung an den Gebrauch damit unvereinbar ist. Bei Pneumonien räth P. den Brechweinstein Anfangs in kleineren Dosen ($\frac{1}{3}$—$\frac{1}{2}$ Gran) zu geben, und erst allmälig diese zu steigern, weil in Folge des starken Erbrechens, welches oft nach Gaben von 1 Gr. entsteht, die Kranken sich weigern, den Gebrauch des Mittels fortzusetzen. Nach P's. Erfahrungen soll der Brechweinstein bei Entzündungen ebenso nützlich wirken, wenn er Purgiren macht, als wenn er keine Ausleerungen hervorruft. — Ausführliche und erschöpfende Würdigung findet hierauf das Quecksilber mit seinen Präparaten. Vermehrte

Thätigkeit der Secretionsapparate ist die auffallendste Wirkung, welche die Quecksilberpräparate in kleinen und wiederholten Gaben hervorbringen. Dass hiebei das Quecksilber in das Blut und die Organe aufgenommen werde, ist durch Untersuchungen nachgewiesen. Welche Veränderungen jedoch ersteres dadurch erleide, kann bei den hierüber vorliegenden widersprechenden Angaben um so weniger ermittelt werden, als es wahrscheinlich wird, dass jene wenigstens zum Theil Folge der ersten Wirkung, z. B. der vermehrten Secretion etc., sein können. Bezüglich der therapeutischen Anwendung wird vorzüglich erinnert, dass man das Quecksilber nicht als ein specifisches Mittel anzusehen habe. Bezüglich der Syphilis insbesondere wird, so lange die Wirkungsweise des Quecksilbers nicht genauer bekannt ist, dessen vollständige Entbehrlichkeit als nicht entschieden angesehen. Nicht minder erschöpfend und lehrreich, als die bisherigen, sind auch die folgenden Abschnitte über das Silber, Gold, Platin, Kupfer, Zink, Blei und Eisen. Mit der siebenten Lieferung, welcher eine kurze historische Übersicht der Arzneimittellehre beigegeben wurde, ist der erste Band geschlossen. — Wir halten es für überflüssig, über den anerkannten Werth dieses ausgezeichneten Werkes noch etwas hinzuzufügen, und finden uns schliesslich nur zu dem Wunsche veranlasst, es möchten die einzelnen Lieferungen des zweiten Bandes schneller auf einander folgen, und so bald das Ganze in die Hände des ärztlichen Publicums gelangen.

Kanka.

Medicinische Bibliographie vom Jahre 1846.

Die hier angeführten Schriften sind bei Braumüller und Seidel (Sparcassegebäude) vorräthig oder können durch dieselben baldigst bezogen werden.

Gerold (Dr. Hugo, Arzt etc. zu Acken an der Elbe), die Lehre vom schwarzen Staar und dessen Heilung. Nach eigenen Erfahrungen am Krankenbette und pathologisch-anatomischen Untersuchungen für pract. Ärzte bearb. gr. 8. (VIII und 377 S. nebst 1 Taf. Abbildung.) Magdeburg, *Rubach*'sche Buchh. Geh. 2 fl. 45 kr.

Gluge (Dr. Gottl.), Atlas der patholog. Anatomie. 10. und 11. Lief. Fol. (11 Bog. Text nebst Taf.) Jena, *Mauke*. Geh. à 2 fl. 45 kr.

Lebas, *Pharmacie vétérinaire, chimique, théorique et pratique. Sixième édition, revue par Lelong, son successeur. In-8. de 35 feuilles ½. Impr. de Mme. Dondey-Dupré, à Paris. — À Paris, chez l'auteur, rue Saint-Paul, 36; chez Mme. Bouchard-Huzard. Prix 7 fr.*

Maladie *des femmes. Des Abus de la cautérisation et de la resection du col dans les maladies de la matrice; par F. L. Pichard. In-8. de 12 feuilles ¼, plus un tableau. Imprim. de Malteste, à Paris. — À Paris, chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17. Prix 4 fr.*

Mayer (Max.), Critik der Extrauterinal-Schwangerschaften vom Standpuncte der Physiologie und Entwickelungsgeschichte. Inaugural-Dissertation. 4. (II u. 24 S.) Giessen 1845, *Ricker*. Geh. 30 kr.

Meissner (Friedr. Ludw.), die Frauenzimmerkrankheiten nach den neuesten Ansichten und Erfahrungen, zum Unterricht für pract. Ärzte bearb. 2. Bds. 2. Abth. gr. 8. (S. 567—1091.) Leipzig, *O. Wigand*. Geh. Preis beider Abtheil. 6 fl. 45 kr.

Mezler v. Andelberg (Fr. Jos., Dr. der Medicin und Chirurgie, Regimentsarzt etc.), der ärztliche Rathgeber für den Soldaten. 8. (XII u. 592 S.) Prag, *Scheib* in Comm. Geh. 2 fl. 30 kr.

Neubert (Dr. Friedr. Jul., Bataillonsarzt), Darstellung der ärztlichen Bildung der Militärärzte der kön. sächs. Armee, zugleich als Erwiederung auf die von dem Hrn. Hofrath Prof. Dr. Jörg gegen dieselben gemachten Angriffe. 8. (27 S.) Dresden, *Arnold*'sche Buchh. Geh. 12 kr.

Recueil *de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires, faisant suite au journal qui paraissait sous le même titre. Rédigé sous la surveillance du conseil de santé, par MM. Jacob, Broussais, Marchal (de Calvi). Volume LIX. In-8. de 26 feuilles ¼. Impr. de Bautruche, à Paris.*

Repertorium für die Pharmacie, herausgegeben zu München von Dr. Buchner. II. Reihe. 41. Bd. 12. (I. Heft 144 Seiten.) Nürnberg, *Schrag*. Geh. 2 fl. 15 kr.

Strumpf (Dr. Ferd. Ludw.), systematisches Handbuch der Arzneimittellehre. 3. Lief. gr. 8. (S. 257—384.) Berlin, *Enslin*. Geh. 48 kr.

Wernher (Dr. A., Prof. der Chirurgie etc. an der Universität zu Giessen), Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie. 1. Heft. gr. 8. (192 S.) Giessen, *Ricker*'sche Buchh. Geh. 1 fl. 15 kr.

Gedruckt bei J. P. Sollinger.